

Ф.И.О.

Дата госпитализации:

Операция: **Радиочастотная абляция/имплантация электрокардиостимулятора**

Специалисту, оформляющему документы (территориальная поликлиника, стационар) необходимо:

- 1) Подготовить пакет документов для оформления квоты в управлении здравоохранения и передать в управление здравоохранения:
 - Заключение, полученное в НИИ КПССЗ;
 - Копии паспорта, страхового полиса ОМС, страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
 - Выписку из амбулаторной карты о хронических заболеваниях, зарегистрированных у пациента и подтверждающих основное заболевание.
- 2) Подготовить пакет документов для госпитализации в НИИ КПССЗ
 - **направление по форме 057/у-04** в НИИ КПССЗ (не в кардиодиспансер);
 - **выписка из протокола комиссии ОУЗ** (местного органа управления здравоохранением)
 - **заполненный «эпикриз»** (форма ниже) с печатями врача и учреждения.
- 3) К назначенной дате плановой госпитализации провести необходимый объем исследований и консультаций и предоставить пациенту последнюю пленку ЭКГ.

Примечания специалисту, заполняющему эпикриз:

- Раздел «**ЧПЭС или ЭКГ пароксизма**» заполняется только если эти данные уже имеются, т.е. проводить, повторять, регистрировать и т.д. не нужно.
- Консультации узких специалистов и данные коронарографии заполняются в том случае, если это имеет значение для данной операции по поводу аритмии сердца (об этом пациент информируется кардиологом).
- При всех видах нарушений ритма отменить антиаритмическую терапию за 5 дней (кордарон 1 месяц), кроме трепетания и фибрилляции предсердий, при которой антиаритмическая терапия сохраняется.
- При приеме варфарина, за два дня до госпитализации его доза уменьшается вдвое, **за исключением пациентов с протезированными клапанами сердца**. Терапия основной патологии, сопутствующей соматической патологии в прежнем объеме.
- При госпитализации обязательно иметь при себе записи ЭКГ (пленки), данные суточного монитора ЭКГ и т.д., то есть того, что служило критериями установки диагноза.
- Для операции «Имплантация ЭКС» повторять суточный монитор ЭКГ и проводить ФГДС не нужно.

Перечень необходимых исследований:

№	Вид исследования	Давность
1	Общий анализ крови с формулой	15 дней
2	Общий анализ мочи	15 дней
3	Биохимический анализ крови: глюкоза, калий, натрий, креатинин, мочеви́на, общ. билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ.	15-30 дней
4	Свертывающая система крови: ПТИ, МНО	15 дней
5	Группа крови, резус фактор	1 месяц
6	Анализ крови на сифилис – RW	1 месяц
7	Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, A-HCV-IgG)	1 месяц
8	Анализ крови на ВИЧ	1 месяц
9	Электрокардиограмма + ЧПЭС или ЭКГ пароксизма	15 дней
10	Эхокардиография (давность не более 6 месяцев при отсутствии ИМ за этот период)	6 месяцев
11	Рентгенография ОГК (флюорограмма)	12 месяцев
12	Фиброгастродуоденоскопия	1 месяц
13	Коронарография (при необходимости)	
14	Суточное мониторирование ЭКГ (в случае желудочковой или предсердной экстрасистолии, давность СМ-ЭКГ 1 месяц!)	6 месяцев
15	При наличии сопутствующей патологии – заключения узких специалистов	6 месяцев
16	Заключение врача терапевта участкового об отсутствии противопоказаний к плановой госпитализации	15 дней

М.п.

Город (территория) _____
МО _____

Эпикриз перед РЧА, ЭКС

Ф.И.О. пациента, возраст _____

рост _____ см вес _____ кг

Диагноз: _____

Непереносимость (побочное действие) лекарственных препаратов:

Результаты обследования:

Общий анализ крови от «__» _____ 20__ г. давность не более 15 дней			Общий анализ мочи от «__» _____ 20__ г. давность не более 15 дней			Коагулограмма от «__» _____ 20__ г. давность не более 15 дней		
СОЭ		мм/ч	цвет		ПТИ			
Нб		г/л	прозр.		МНО			
Эритро		$\times 10^{12}$ /л	Уд.вес		Ионнограмма от			
Лк		$\times 10^9$ /л	рН		Ка			
Тромб-ты		$\times 10^9$ /л	белок		Na			
ретик.		%	сахар					Дата
Э		%	слизь		RW			
п		%	L		в п/зр	HBs-Ag		
с		%	Эр.		в п/зр	антитела к ВГС		
л		%	Эп.пл.		в п/зр	Гр.крови, резус-фактор		
м		%	цил.		в п/зр			
б		%	соли					

Б/химический анализ крови от «__» _____ 20__ г. (давность не более 15 дней)					
глюкоза		ммоль/л	Билирубин общий/прямой		ммоль/л
мочевина		ммоль/л	АСТ		Ед/л
креатинин		мкмоль/л	АЛТ		Ед/л

ЭКГ от	«__» _____ 20__ г.	давность не более 30 дней
ЧПЭС или ЭКГ пароксизма от «__» _____ 20__ г. (при наличии)		

Р-графия ОГК (флюорограмма) от «__» _____ 20__ г. (давность не более 12 месяцев)

ЭХО-КГ «__» _____ » 20__ г. (давность не более 6 месяцев при отсутствии ИМ за этот период)

Отделы сердца			Отделы сердца:
ЛП		см	Зоны гипо-,акинезии:
ЛЖ КДР-КСР		см	Аневризма ЛЖ (да, нет)
ЛЖ КДО-КСО		см	Тромб в полости сердца (да, нет)
МЖП		см	МК –
ЗСЛЖ		см	АК –
ПП		см	ТК –
ПЖ		см	КЛА-
Ао		мл	ДЛА ср. – мм.рт.ст
ФВ		%	Заключение: сократительная способность миокарда ЛЖ (удовлетворительная, снижена, выражено снижена).

ФГДС от «__» _____ » 20__ г. (давность не более 1 месяца)

Сут. ЭКГ-монитор от «__» _____ » 20__ г. (давность не более 6 месяцев, НО в случае желудочковой и/или предсердной экстрасистолии, давность СМ-ЭКГ не более месяца)

Коронарография от «__» _____ 20__ г.

Заключение терапевта и узких специалистов, при наличии сопутствующих заболеваний, об отсутствии противопоказаний к плановому хирургическому лечению (при наличии непереносимости йодсодержащих препаратов – заключение аллерголога)

Лекарственная терапия на настоящий момент:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Н.В. При отсутствии данных обследования и заключений специалистов, отклонении от нормы в результатах анализов и нарушении сроков их исполнения, в госпитализации на указанную дату будет отказано, дата будет перенесена на не определенный срок, при наличии свободных мест на данную процедуру!

Леч. врач _____

Зав отделением _____

«__» _____ 20__ г. печать

«__» _____ 20__ г. печать